Lane Medical Library

Über zwei Fälle von akuter Pityriasis lichenoides

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin verfaßt und einer hohen Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München vorgelegt von

Wolfgang Knierer aus Karlsruhe i. B.

Über zwei Fälle von akuter Pityriasis lichenoides

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin verfaßt und einer hohen Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München vorgelegt von

Wolfgang Knierer aus Karlsruhe i. B.

Es sei mir gestattet, Herrn Prof. Dr. Wirz für die Überlassung der Arbeit, für die wohlwollende Anleitung bei der Abfertigung und für das Referat zu danken. Ferner danke ich Herrn Geheimrat v. Zumbusch für die freundliche Erlaubnis, an der Dermatologischen Universitäts-Klinik und Poliklinik arbeiten zu dürfen.

Unter die Dermatosen, deren Aetiologie ungeklärt bezw. umstritten ist, und deren Entwicklung und Verlauf sehr unregelmäßig ist, gehört die Pityriasis lichenoides chronica. Wie die Bezeichnung besagt, verläuft die Krankheit im allgemeinen chronisch, es gibt jedoch auch sogenannte akute Fälle. Bezüglich der Bezeichnung Pityriasis lichenoides acuta besteht allerdings bei den Autoren keine einheitliche Richtlinie. Während Rusch (30) und nach ihm Juliusberg (17) unter Pit. lich. acuta nur Fälle verstehen, die in kurzer Zeit sich entwickeln und ebenso zur Abheilung gelangen, also einen akuten Gesamtverlauf nehmen, bezeichnen Bilinsky (4), Bruhns (5), Brünauer (6) und Gray (13) als Pit. lich. acuta auch solche Erkrankungsfälle, die lediglich mit akuten Erscheinungen in relativ kurzer Zeit zur Entwicklung kommen.

Zwei Fälle von Pit. lich. dieser letzteren Art kamen in der Dermatologischen Poliklinik der Universität München zur Beobachtung und sollen im folgenden näher beschrieben werden. Zuerst sei indes auf das bisher Bekannte über diesen Gegenstand eingegangen.

In der Literatur wurden wiederholt Fälle von Pityriasis lichenoides beschrieben oder beobachtet, die diesen akuten Charakter zeigten, und die ferner entweder zugleich mit dem akuten Verlauf oder unabhängig davon Abweichungen von der Morphologie bezüglich der einzelnen Effloreszenzen und der Lokalisation der Herde aufwiesen. Die Dauer der Entstehung des Krankheitsbildes bei den akuten Erkrankungen schwankt zwischen einem Auftreten „plötzlich über Nacht" und einer Entwicklungszeit bis zu fünf Monaten. Barber (3) sah einen Fall im Laufe einer Woche entstehen, Buschke (7) beschreibt

einen „sehr akuten" Fall, Brünauer (6) beobachtete die Entwicklung in einer, Bilinsky (4) in drei, Bruhns (5) in sechs, Goldschlag (11) in zehn Wochen, Gottron (12) in acht bis zehn Tagen. Gray (13) berichtet von drei Fällen, von denen einer plötzlich über Nacht, ein zweiter innerhalb von drei Wochen, ein dritter in fünf Monaten entstanden war. Habermann (14) beobachtete in zwei Fällen Entstehung in drei bis zehn Tagen und Heilung in zwei bis vier Wochen spontan. Kumer (22) berichtete von einem Fall, der akut in drei Wochen, einem andern, der in zwei Monaten sich entwickelt hat. Mucha (23) beschrieb eine Erkrankung, die seit 14 Tagen bestand, Oppenheim (24) sah Entstehung in drei, Pöhlmann (26) in sechs Wochen, Rusch (30) in acht bis zehn Tagen mit zehn Wochen Dauer, ferner zweimal einen Bestand seit drei Wochen, einmal seit vier Wochen und einmal seit 14 Tagen. Dowling (8) beobachtete Entstehung in sechs, Roxburgh (29) in drei Wochen, Touton (34) berichtet von einem Fall, der in fünf bis sechs Wochen entstand und abheilte. Scherber (31) berichtet von Entstehung in sechs, Wise und Sulzberger (36) in drei bis vier Wochen.

Meist ging in diesen Fällen mit akutem Verlauf auch eine Veränderung der Morphologie der Krankheitserscheinungen Hand in Hand, und zwar in einer Richtung über exsudative, haemorrhagische bis zu nekrotischen Variationen. Vesikulöse, pustulöse, purpuraartige und papulo-nekrotische Effloreszenzen sind in diesen Fällen oft beobachtet worden. Einige akut verlaufene Erkrankungen sind auch ohne die genannten exsudativen, haemorrhagischen und nekrotischen Veränderungen gesehen worden, wie auch diese Besonderheiten manchmal mit chronischem Verlauf beobachtet wurden.

Herde nur mit Bläschenbildung ohne Haemorrhagie und Nekrosen bei Pityriasis lichenoides wurden nicht häufig beobachtet, dann aber immer in akuten Fällen. Buschke (7) sah Bläschen bei einem Knaben mit „sehr akuter" Erkrankung. In einem

Falle von Freund (9) geht die Art des Verlaufs nicht klar aus dem Bericht hervor, der Verdacht des akuten Verlaufs besteht aber bei dem beschriebenen, varizellenartigen Bild. Gottron (12) beobachtete eine Pitryriasis lichenoides, die in acht bis zehn Tagen mit Bläschenbildung ohne Haemorrhagien entstanden war. Rusch (30) sah in drei Wochen Bläschenbildung auftreten.

Nicht auffallend häufig ist das Zusammentreffen von haemorrhagischen Herden der Pityriasis lichenoides mit akutem Krankheitsverlauf. Barber (3) beobachtete bei einem in einer Woche entstandenen Krankheitsbild zentrale Haemorrhagien in nekrotischen Papeln. Gray (13) sah bei seiner Entstehung von 14 Tagen zuerst miliare Haemorrhagien, später Nekrosen, in einem anderen Fall Entstehung in drei Wochen mit Haemorrhagien und Krusten. Oppenheim (24) berichtet von einem Fall mit haemorrhagischen Papeln neben varizellenartigen Herden bei einer Krankheitsdauer von 14 Tagen. Rusch (30) sah bei 14 Tagen Krankheitsdauer haemorrhagisch-pustulöse Herde. Wise und Sulzberger (36) beobachteten einen Fall mit Haemorrhagien, Bläschen und Nekrosen bei einer Entstehungsdauer von drei bis vier Wochen. Kumer (22) berichtet von zwei Fällen mit Haemorrhagien und Nekrosen, von denen einer in drei Wochen, der andere in zwei Monaten entstanden war. Rille (28) sah nach zweimonatlichem Bestehen haemorrhagische Herde ohne exsudative Veränderungen. Scherber (31) hat einen Fall beschrieben, bei dem in sechs Wochen Krankheitsdauer „punktförmige Teleangiektasien oder Blutungen" ohne sonstige Atypien aufgetreten waren. Rusch (30) berichtete von zwei Fällen mit haemorrhagischen Veränderungen der Krankheitsherde bei einer Krankheitsdauer von vier und drei Wochen, im ersten Fall mit exsudativen Erscheinungen. Jadassohn (16) hat auf die Möglichkeit des Auftretens von Haemorrhagien bei Pityoriasis lichenoides anläßlich einer der ersten Beschreibungen des Krankheitsbildes hingewiesen. Haemor-

rhagien bei nicht akuten Fällen sahen Arndt (1), Gottron (12), Spiethoff (33), Rusch (30), Kren (20) und Heyn (15).

Nekrosen an Herden der Pityoriasis lichenoides wurden sowohl bei akutem als auch chronischem Krankheitsverlauf beobachtet. Einige Fälle wurden schon bei der Gruppe mit Haemorrhagien aufgeführt. Touton (34) hat ausgesprochen, daß es auch akute Formen der Pit. lich. ohne Nekrosen gibt. Von akuten Erkrankungen mit Nekrosen berichteten Poehlmann (26) bei sechs Wochen, Mucha (23) bei 14 Tagen, Roxburgh (29) bei ca. zwei Monaten, Dowling (8) bei sechs Wochen, Brünauer (6) bei einer Woche Krankheitsdauer. Rusch (30) berichtet von einem Fall, der bei 14 Tagen Dauer haemorrhagisch-pustulöse Veränderungen aufwies. Es handelt sich in diesen akuten Fällen mit nekrotisierender Tendenz um solche, bei denen sich auch starke Neigung zu Exsudation, was sich in der Pustelbildung dokumentierte, zeigte. Fälle mit nekrotischen Veränderungen ohne diese exsudative Komponente haben meist chronischen Verlauf, mit Ausnahme eines Falles von Oppenheim (24), der bei drei Wochen Entstehungsdauer neben Nekrosen keine exsudativen Veränderungen fand. Nekrotische Veränderungen bei chronischem Verlauf haben Spiethoff (33), Arndt (1) und Gottron (12) beobachtet.

Die Betrachtung über die Beziehungen der Fälle von Pit. lich. mit akutem Verlauf bezw. Beginn mit denen mit den erwähnten exsudativen, haemorrhagischen und nekrotischen Atypien ist durch die teilweise nur kurze Beschreibung der Fälle in der Literatur erschwert und in ihrem Resultat unsicher. Soweit sich aber Schlüsse ziehen lassen, kann zusammenfassend gesagt werden, daß

1. mit akutem Verlauf bezw. Beginn meist die Entstehung von Atypien verbunden ist;
2. die Fälle mit ausgesprochener Neigung zur Exsudation, also mit Blasen- und Pustelbildung, fast immer akuten Verlauf bezw. Beginn zeigen;

3. die haemorrhagischen und nekrotischen Atypien auch häufig bei chronischem Verlauf vorkommen.

Unabhängig vom Verlauf wurden eine vasomotorische Erregbarkeit der Hautgefäße, Mitbeteiligung der Mundschleimhaut, Neigung der Herde zu Konfluenz und Abheilung mit Pigmentierung als Besonderheiten beobachtet und beschrieben, auf welche bei der Beschreibung der Fälle im nachfolgenden eingegangen werden soll.

Erster Fall: W. Xaver, geb. am 8. 9. 01, von Beruf Arbeiter, wohnhaft in Landshut a. I., gibt anamnestisch an, daß Anfang Mai 1932 ein Ausschlag gleichzeitig an den Unterschenkeln und Unterarmen entstanden sei und sich während der nächsten vier bis fünf Wochen langsam bis zur heutigen Ausdehnung ausgebreitet habe. Mitte Juni, also vor ca. zehn Tagen, habe er an der Unterlippe und an den Wangen brennende „Bläderchen" bekommen. Zur Zeit empfinde er außer einem ganz leichten Brennen an den Stellen dieser Mundaffektionen keinerlei Jucken und Brennen oder ein sonstiges subjektiv belästigendes Gefühl an der Haut, habe auch während der ganzen Erkrankung ein solches nie empfunden. Nur leichter Kopfschmerz sei ihm manchmal aufgefallen, den er früher nicht gekannt habe. Appetit- und Schlaflosigkeit, Mattigkeit und Krankheitsgefühl sei nie vorhanden gewesen. Der Stuhl sei immer regelmäßig und ohne Besonderheiten gewesen. Früher habe er außer „Friesseln" als Kind keine ernstliche Erkrankung durchgemacht. Die Familienanamnese ergibt nichts besonderes.

Der Patient zeigt bei der Untersuchung am 25. 6. 32 ein fast universelles, symmetrisches Exanthem. Am stärksten befallen sind Streck- und Beugeseiten der Extremitäten, seitliche Rückenpartien und die Fußrücken. Relativ frei von Effloreszenzen sind die obere Brustgegend, Schultern, Hals, obere Rückenpartien, Hand- und Fingerrücken, Scrotum und Penisschaft. Vollkommen erscheinungsfrei sind Gesicht, behaarter Kopf, Ohren, Achsel-

höhlen, Beugeseiten der Finger und Zehen, Handflächen und Fußsohlen, Glans und Präputium penis.

Die Effloreszenzen sind an allen befallenen Stellen in verschiedenen Entwicklungsstadien und Typen vorhanden. Kleinste, hirsekorngroße, hochrote, etwas derbe, glatte, lichenoide Knötchen ohne Auflagerungen stellen die frischesten Herde dar. Daneben finden sich linsen- bis erbsengroße, meist mit einem kleinen Krüstchen bedeckte, braunrote, leicht erhabene Herde mit runder Begrenzung und außerdem einige wenige braune, mit einer kompakten Schuppe bedeckte, kaum erhabene Knötchen oder Flecken von zirka Erbsengröße, letztere die typischen Herde der Pit. lich. chronica. Bei einigen davon, besonders an den Oberarmen und an der Brust zeigt sich eine weißliche Auffaserung der kompakten Schuppe am Rand bei zentraler Eindellung. Dazwischen liegen zirka bohnengroße, nicht erhabene, leicht bräunlich pigmentierte Flecken mit nicht ganz scharfer Begrenzung, die die Residuen abgeklungener Effloreszenzen darstellen.

Die Anordnung der Herde ist im allgemeinen regellos, nur in den seitlichen Rückenpartien sind die Herde nach den Spaltlinien der Haut von medial oben nach lateral unten gerichtet und oval geformt.

An den Unterarmen und Oberschenkeln sind die Effloreszenzen zum Teil konfluiert und zeigen nierenförmige und halbkreisförmige Anordnung, während im übrigen die Herde einzeln stehen.

Am meisten fällt bei dem Patienten auf, daß zwischen den oben beschriebenen Herden solche von abweichender Morphologie liegen, und daß die Schleimhaut des Mundes mitbefallen ist.

Einige der mittelgroßen Papeln tragen auf der Mitte ein hirsekorngroßes Bläschen, und es ist anzunehmen, daß die auf vielen mittelgroßen Herden befindlichen Krüstchen ebenfalls eingetrocknete Bläschen darstellen. Einige Effloreszenzen am

Stamm, besonders auffallend je ein erbsengroßer Herd in der Kreuzgegend und am Unterbauch, weisen in der Mitte eine tief blutrote Farbe auf, die auf Glasdruck nicht verschwindet, welcher Befund als Haemorrhagien in den Papeln anzusprechen ist.

Am Bauch und in der Leistengegend befinden sich einige fingernagelgroße, hellrote Quaddeln, an denen der Patient auch kratzt, die aber nach zwei Stunden beim Photographieren vollkommen verschwunden sind. Es besteht außerdem ausgesprochener Dermographismus, und die alten, schon mit Pigmentierung geheilten Herde lassen sich durch Kratzen zu urtikarieller Reaktion bringen.

Bei Besichtigung der Mundhöhle fällt eine leichte Rötung der Schleimhaut der Unterlippe und der Gingina der unteren Schneidezähne auf mit linsengroßen, leicht opaleszierenden Stellen. In der Gegend der Umschlagfalte von Lippenschleimhaut und Gingina am Unterkiefer befinden sich einige kleine Gefäßerweiterungen. Die gegenüberliegenden Partien am Oberkiefer sind erscheinungsfrei. An der Wangenschleimhaut beiderseits sind auf unscharf begrenzter, matter Rötung flache Erhabenheiten mit feinen, weißlichen, festhaftenden Auflagerungen zu sehen. Zunge, Gaumen, Gaumenbögen und Tonsillen zeigen keine Veränderung.

Die Temperatur des Patienten betrug 36,7° C. Der Puls war ohne Besonderheit.

Allgemeinerscheinungen bestanden zur Zeit der Untersuchung nicht. Der Ernährungszustand war mäßig, doch nicht schlecht. Die Cubitaldrüsen waren beiderseits erbsengroß, die Inguinaldrüsen rechts erbsengroß, links bohnengroß fühlbar von weicher Konsistenz und indolent. Der Urin war frei von pathologischen Bestandteilen:

Blutbefund: 85% Haemoglobin,
4 230 000 Erythrozyten, 8 600 Leukozyten,
70% Polymorphkernige, 24% Lymphozyten, 2% Eosinophile,
1% Mastzellen.

Färbeindex = 1,0. Wa Re: negativ. Blutkörperchensenkung nicht beschleunigt, Blutkulturen steril.

Histologie: In der seitlichen Rückengegend in Höhe der zehnten rechten Rippe wurde eine deutlich haemorrhagische Papel exzidiert. Der Befund ergab folgendes Bild: Die Hornschicht ist im Bereich der Papel verschieden stark verdickt, auf weiten Strecken von der Epidermis gelöst und teilweise aufgefasert. Die drei Schichten der Hornschicht, Strat. corneum, lucidum und granulosum sind im Bereich der Loslösungen der Hornschicht von der Epidermis nicht, und an den Stellen, an denen die Hornschicht noch aufliegt, nur schlecht zu unterscheiden, was im Bereich der gesunden Haut am Rande gut möglich ist. Zellige Einschlüsse sind in der Hornschicht nicht vorhanden.

Die Epidermis ist im Bereich der Papel zum Teil verdickt, zum Teil atrophisch, in beiden Fällen aber blasser gefärbt als im Bereich der gesunden Haut. Im Bereich der verdickten Epidermisstellen dokumentiert sich im Strat. spinosum ein intrazelluläres Oedem durch hellere Farbe des Protoplasmas und durch Vacuolenbildung um den Kern, der dann unregelmäßige Formen aufweist. Im Bereich der atrophischen Epidermisstellen besteht die Epidermis aus den nicht veränderten Basalzellen und einer ganz dünnen Zellschicht, deren Kerne parallel zur Oberfläche gerichtet sind. Ein Strat. spinosum ist hier nicht vorhanden und somit nicht die oben beschriebenen ödematösen Stigmata: Vacuolen und hellere Protoplasmafärbung. Die Basalzellenschicht ist im allgemeinen nicht pathologisch verändert, nur an mehreren Stellen, besonders auf den Kuppen mancher Papillen im Bereiche der gequollenen Epidermis ist eine scharfe Grenze zwischen Strat. papillare und epidermis durch Rundzelleneinwanderung in die Basalzellschicht verloren gegangen. In diesen Bezirken sind die Kerne der Basalzellen gequollen, heller gefärbt und entbehren der regelmäßigen Anordnung unveränderter Partien. Die Epidermis der Hautanhänge (Haare und Drüsen) ist ohne pathologische Veränderungen.

Im Stratum papillare, welches verdickt und gequollen erscheint und somit die Papillen vergrößert erscheinen läßt, ferner eine wabige Struktur aufweist, findet sich eine diffuse, mäßige Rundzelleninfiltration, welche sich in den tiefsten Schichten zu Strängen parallel zur Oberfläche und in einzelnen Papillen senkrecht zur Oberfläche verdichtet, welche dem Gefäßverlauf entsprechen. Diese perivaculären Rundzelleninfiltrate lassen sich weit in die Tiefe des Coriums verfolgen. Die allertiefsten Coriumgefäße sind ohne Infiltration.

Im Stratum subpapillare und im Corium finden sich nur sehr wenige Rundzellen diffus im Gewebe verteilt. Beide Schichten sind stark ödematös, und durch das Ödem im Stratum papillare, subpapillare und im Corium ist die Grenze zwischen diesen Schichten stark verwischt. Alle Gefäße zeigen eine mäßige Dilatation, sind jedoch leer. Der histologische Befund zeigt gegenüber dem in klassischen Fällen erhobenen keine Besonderheiten.

Am 2. 7. 32 kam der Patient wieder zur Beobachtung, ohne daß inzwischen eine Behandlung stattgefunden hätte. Das Gesamtbild zeigt eine merkliche Abheilung an den Armen, Schultern, an den oberen Brust- und Rückenpartien, dagegen eine Zunahme der Erkrankung an den Beinen. Die Einzelefflores-zenzen zeigen zum Teil eine leichte Eindellung im Bereich der schon länger bestehenden Haemorrhagien, einzelne Herde sind bis über Erbsengröße angewachsen, eine stark bohnengroße Effloreszenz befindet sich an der Innenfläche des linken Oberschenkels. Sie ist braun gefärbt, länglich und mit weißlichen Schuppen bedeckt. Zwei haemorrhagische Papeln, eine am rechten Handgelenk und eine am linken Oberschenkel tragen stecknadelkopfgroße Bläschen mit trübem Inhalt und erinnern stark an papulonekrotische Tuberkulide. Die Wangenschleimhaut ist jetzt erscheinungsfrei. Auf der Schleimhaut der Unterlippe finden sich stecknadelkopfgroße weiße Fleckchen auf diffus gerötetem Grund, die übrige Mundhöhle ist ohne Efflo-

reszenzen. Subjektive Beschwerden bestehen nicht, auch das brennende Gefühl im Mund ist nicht mehr vorhanden.

Die Besonderheiten, auf Grund deren dieser Fall von der Norm abweicht, seien zusammenfassend kurz hervorgehoben.

1. Die akute Entstehung in sechs Wochen,
2. das Auftreten von Bläschen und Haemorrhagien,
3. das Vorhandensein von Dermographismus und Quaddeln,
4. die Mitbeteiligung der Mundschleimhaut,
5. die Neigung zu Konfluenz der Herde,
6. die teilweise Anordnung nach den Langerschen Spaltlinien der Haut,
7. das Auftreten von einzelnen Pusteln als Übergang zu den varioliformen Bildern,
8. die Heilung mit Pigmentierung.

Auf die unter 1, 2 und 7 aufgezählten Besonderheiten wurde in der Einleitung bereits ausführlich eingegangen.

Über das Bestehen einer Vasolabilität der Haut bei Pit. lich. gehen die Ansichten nicht vollkommen einig. Juliusberg (17) ist der Ansicht, daß der Dermographismus bei dieser Erkrankung nicht konstant genug sei, um verwertbar zu sein. Gans (10) schreibt, daß die Kranken eine mehr oder weniger große vasomotorische Erregbarkeit zeigen. Pawlow (25) berichtet in drei Fällen von bestehendem Dermographismus neben nervösen Allgemeinbeschwerden, will damit aber die nervöse Aetiologie der Erkrankung nicht als erwiesen ansehen. Poehlmann (26) beobachtete in einem Fall schnell wechselnde Farbe, keinen Dermographismus. Riecke (27) sah immer lebhafte, sich ausbreitende Röte um die Herde nach mechanischer Irritation und glaubt, daß Vasolabilität immer vorhanden ist. Wise (35) hält Vasolabilität für ein charakteristisches Symptom bei Pit. lich. Je einen Fall mit ausgesprochenen Herden urticarieller Art neben typischen Effloreszenzen der Pit. lich. sahen v. Zumbusch (37) und Almkvist (2). Der Fall von v. Zumbusch hatte chronischen Verlauf, zeigte hellrote Quaddeln mit weißen Schüppchen be-

deckt, der Fall von Almkvist zeigte hellrote Urticariaquaddeln und war in zirka drei Monaten entstanden.

Das Mitbefallensein der Schleimhaut des Mundes wurde mehrfach und dann meist bei Erkrankungen mit chronischem Verlauf und ohne exsudative, haemorrhagische und nekrotische Variationen der Krankheitsherde der Haut beobachtet. Riecke (27) beschreibt einen Fall von Pit. lich. chron., der vor zehn Jahren begonnen hatte, dessen Herde keine Abweichungen von der Norm des Krankheitsbildes zeigten und die zuerst an der Wangenschleimhaut ein dichtes Konglomerat gelblicher, stecknadelkopfgroßer Punktationen zeigte. Ein Jahr darnach, ohne daß das allgemeine Bild sich wesentlich verändert, insbesondere keine akuten Formen angenommen hätte, zeigte der Patient in der Mitte des harten Gaumens zu beiden Seiten der Mittellinie auf anscheinend normaler Schleimhaut je sechs hirsekorngroße, bräunlich-rote, scharf umschriebene, ganz flach erhabene Effloreszenzen, die im Zentrum dunkler rot und eingesunken waren, während die Randpartien ödematös und leicht opaleszierend erschienen. Krupnikoff (21) beobachtete Befallensein der Gegend des Fernulum linguae und der Lippenschleimhaut. Schwartz und Busmann (32) sahen zerstreute rötliche Papeln auf der bläulich verfärbten Wangenschleimhaut bei einem sechs Jahre bestehenden Fall. Kreibisch (19) berichtet von Befallensein der linken Tonsille und der hinteren Pharynxwand bei neun Monate alter Erkrankung. Er läßt offen, ob die Schleimhauterscheinungen zum Krankheitsbild gehören oder einer zufälligen Pharyngitis atrophicans zuzurechnen sind. Den einzigen akuten und durch Bläschenbildung komplizierten Fall mit Mundschleimhautbeteiligung hat Gottron (12) beobachtet. In wenigen Tagen war die Krankheit mit Bläschenbildung an der Haut und Mundschleimhaut aufgetreten. Die Bläschen an der Schleimhaut der Unterlippe, Wange und Uvula saßen auf lebhaft geröteter Macula oder auf einer flachen Papel.

Eine Konfluenz der Herde bei Pit. lich. wurde beobachtet von Riecke (27) in Reihen, Ringen und Halbkreisen, ferner von Freund (9) und Poehlmann (26). Juliusberg (17) schreibt, daß im allgemeinen keine Konfluenz der Herde stattfindet, es sei aber seine Anschauung, daß Konfluenz nicht vorkomme, in dieser starren Form nicht haltbar.

Eine Anordnung nach den Spaltlinien der Haut beobachtete Kumer (22), Freund (9) und Riecke (27). Juliusberg (17) berichtet, daß bisweilen an den Seitenteilen des Stammes eine Orientierung der Herde nach den Langerschen Spaltlinien erfolge, wie es in unserem Falle gewesen ist.

Pigmentierung nach Abheilung der Pit. lich.-Herde wurde mehrfach beobachtet. Gottron (12) berichtet von Hinterlassung brauner Pigmentierung, Habermann (14) von Heilung mit Pigmentierung, Wise (35) sah Pigmentierung an älteren Herden, Touton (34) sprach von hinterlassenen gelblichbraunen Pigmentflecken. Juliusberg (17) schreibt, daß Abheilung ohne Pigmentierung zwar die Regel sei, daß aber verschiedene Autoren doch eine solche beobachtet haben.

Zweiter Fall: Der zweite Fall kam am 4. 7. 32 zur Beobachtung. Er zeichnet sich vor allem durch seine ganz akute Entstehung aus: er entwickelte sich binnen acht Tagen aus völliger Gesundheit zu nachfolgend beschriebenem Bild; außerdem fanden sich Lokalisationseigentümlichkeiten.

S. Albert, geb. 1. 10. 09, von Beruf Student an der Universität München, war Anfang Juni 1932 an Halsentzündung erkrankt. Am 26. 6. 32 begann unter Jucken ein Ausschlag an beiden Handrücken und an beiden Knöchelgegenden. Am 4. 7. 32 ist der Ausschlag fast über den ganzen Körper symmetrisch verbreitet. Am stärksten befallen sind Handrücken, Knöchelgegenden, Beugeseiten der Handgelenke. Vollkommen erscheinungsfrei sind Gesicht, behaarter Kopf, Ohren, Achselhöhlen,

Mundschleimhaut. Wenig befallen sind Stamm, Gesäß, Ober- und Unterarme, Ober- und Unterschenkel, Schultern, die Handflächen proximal, die Fußsohlen, Penis und Scrotum. Die frischesten Effloreszenzen sind hirsekorngroße, rote, derbe Papeln, die bei ihrer Kleinheit zum Teil schon zentral mit weißlichen Schuppen bedeckt sind. Die älteren Herde setzen sich aus linsen-, erbsen- bis bohnengroßen Papeln von mehr bräunlicher Farbe zusammen, die an den am stärksten befallenen Stellen teilweise zu bogenförmigen großen Papeln konfluiert sind. Eine Spaltlinienanordnung besteht nirgends. Zum Teil tragen diese mittelgroßen bis größten Papeln feine weißliche Schuppen oder eine kompakte braune Schuppe mit weißlicher Randauffaserung, zum Teil ist ihre Oberfläche glatt und glänzend. Ihre Begrenzung ist im allgemeinen rund, ihre Konsistenz leicht derb, sie sind deutlich erhaben und einige wenige zeigen leichte zentrale Dellung. Blasen, Haemorrhagien, Pusteln und Nekrosen sind nicht vorhanden. Sehr auffallend ist am Stamm, an den Ober- und Unterarmen und an den Ober- und Unterschenkeln ein anaemischer Hof um die einzelnen Effloreszenzen, der der Gesamthaut ein grobmarmoriertes Aussehen gibt. An beiden Ellenbogen finden sich psoriasisartige Schuppenauflagerungen auf sehr dichtstehenden, doch nicht konfluierten Papeln, die erbsengroß und sehr derb sind. Dermographismus besteht ausgesprochen. Subjektive Beschwerden bestehen zur Zeit nicht. Patient gibt nur an, daß er bei angestrengter geistiger Arbeit seit seiner Erkrankung Jucken am ganzen Körper empfinde, die ganze Erkrankung ist überhaupt während einer Examensvorbereitung aufgetreten.

Anamnestisch gibt der Patient an, daß er vor zirka einem Jahr am rechten Knie eine schuppende Stelle gehabt habe, die spontan geheilt sei. Sonst ist die eigene und die Familienanamnese ohne Belang.

Die Blutkörperchensenkung ist nicht beschleunigt, die Blutkulturen sind steril geblieben, die Blut-Wa Re war negativ.

Die Auszählung des Blutbildes ergab

71% Polymorphkernige,
25% Lymphozyten,
3% Eosinophile,
1% Mastzellen.

Fieber bestand nicht, Drüsenschwellungen sind nicht vorhanden.

Am 7. 7. 32 kam der Patient wieder zur Beobachtung. Im wesentlichen hatte sich am Krankheitsbild nichts geändert, nur begannen die älteren Herde stark zu schuppen und in beiden Handflächen waren einige frische Herde distal von den älteren ziemlich in der Mitte der Palmae manus aufgetreten. Bei einer Untersuchung am 11. 7. 32 schuppten alle Herde sehr stark, die Farbe der einzelnen Effloreszenzen war abgeblaßt und die Herde waren weniger erhaben. Das Krankheitsbild ließ eine starke Heilungstendenz erkennen. Es bestanden keinerlei subjektive Beschwerden zur Zeit der letzten Untersuchung.

Zunächst fällt bei dem zuletzt beschriebenen Krankheitsbild der enorm akute Beginn innerhalb einer Woche auf. Trotzdem sind keine exsudativen Erscheinungen in Form von Bläschenbildung aufgetreten, wie dies in derartigen Fällen häufig vorkommt, ebensowenig haemorrhagische und nekrotische Veränderungen.

Auffallend ist die starke vasomotorische Erregbarkeit der Hautgefäße, die sich in einem ausgesprochenen Dermographismus und in den vasokonstriktorischen Erscheinungen um die Krankheitsherde dokumentierte.

Das Auftreten von Effloreszenzen an den Plantae und Palmae ist als Seltenheit zu bewerten. Bisher wurden Pit. lich.-Herde von Pawlow (25) im Gesicht, in den Plantae und Palmae, von Riecke (27) in den Plantae beobachtet.

Der erste hier beschriebene Fall ist in die Reihe deren einzuordnen, die als Pit. lich. acuta bezeichnet werden können, ohne daß der Gesamtverlauf schon zu übersehen ist, nur nach

der Entwicklungsdauer. Der zweite Fall scheint den Fällen, die nach Rusch und Juliusberg nur der Pit. lich. acuta zuzurechnen sind, weil der Gesamtverlauf akut war, eingegliedert werden zu müssen, wenigstens soweit der Krankheitsverlauf bei den drei stattgehabten Beobachtungen vermuten ließ.

Was die Aetiologie anlangt, so ist hierüber etwas Sicheres bei der Pit. lich. nicht bekannt. Juliusberg (17) und Poehlmann (26) sprechen diese Tatsache klar aus. Auffallend ist, daß in einigen Fällen von akutem Beginn oder Verlauf leichte Temperatursteigerungen und subjektive Allgemeinerscheinungen beobachtet wurden, was den Verdacht auf Infektionskrankheit erwecken könnte. Barber (3) nahm bei einem Fall, der in einer Woche erkrankt war und varioliforme Herde zeigte, an, daß ein spezifischer Infektionserreger ätiologisch in Frage komme. Oppenheim (24) berichtet über Kopfschmerzen und Abgeschlagenheit bei dreiwöchentlichem Bestand der Krankheit. Poehlmann (26) beschrieb einen Fall von Pit. lich. acuta et varioliformis, der sechs Wochen bestand, und bei welchem eine chronische Tonsilitis bestanden hatte. Kumer (22) beobachtete akute Pit. lich. bei einem vierjährigen Knaben im Anschluß an Grippe. Rusch (30) beobachtete zwei Fälle von Pit. lich. unter dem Bild von akuten Exanthemen mit leichter Temperatursteigerung, Kopfschmerz und Drüsenschwellung. Nach Riecke (27) fehlt jeder Anhalt für die Annahme einer parisitären Genese der Erkrankung. Er glaubt vielmehr an eine Beziehung des Krankheitsbildes zu den Angioneurosen. Bezüglich einer vasoneurotischen Aetiologie sprach sich Pawlow (25) in dem Sinne aus, daß er eine solche nicht als erwiesen ansehe. Andere Autoren halten eine vasomotorische Erregbarkeit der Haut für mehr oder weniger charakteristisch oder konstant, worauf anläßlich der Beschreibung des ersten Falles oben eingehend berichtet wurde.

Der erste hier beschriebene Fall könnte durch seine ganz ge-

ringen Allgemeinerscheinungen, zeitweise leichte Kopfschmerzen und den Drüsenschwellungen, eine parasitäre Aetiologie vermuten lassen. Im gleichen Sinne, und zwar für eine haematogene Ausbreitung einer Infektion spräche die relativ schnelle symmetrische Ausbreitung des Exanthems. Gegen eine infektiöse Ursache sprechen (nur bis zu einem gewissen Grade) die sterilen Blutkulturen und der normale Blutbefund, ferner das mangelnde Fieber. Im zweiten Falle sprechen wiederum die normalen Blutbefunde, das mangelnde Fieber und die fehlenden Allgemeinbeschwerden und Drüsenschwellungen gegen eine infektiöse Aetiologie. Dafür wäre jedoch im zweiten Fall das ganz akute Auftreten nach Art eines akuten fieberhaften Exanthems, zudem zirka drei Wochen nach einer Angina, und das ebenso rasche Abklingen zu verwerten. Ein eindeutiges Ergebnis in ätiologischer Beziehung liegt also nicht vor.

Einheitlicher wäre die ätiologische Deutung der beiden beschriebenen Fälle vom Gesichtspunkte der vasomotorischen Labilität der Hautgefäße aus. Beide zeigen ausgesprochenen Dermographismus, im ersten Falle sind Quaddeln vorhanden, alte Herde lassen sich durch mechanische Reizung zu urticarieller Reaktion bringen, im zweiten Falle besteht außer Dermographismus erhöhter Tonus der Vasokonstriktoren um die Krankheitsherde. Außerdem fällt beim zweiten Falle auf, daß bei starker geistiger Tätigkeit Juckreiz auftritt und das Krankheitsbild sich überhaupt in der Zeit einer Examensvorbereitung entwickelt hat.

Als dritte Möglichkeit neben nur infektiöser und nur vasoneurotischer Ursache käme noch eine bedingt infektiöse Aetiologie in Frage, in dem Sinne, daß eine Infektion, die im allgemeinen chronisch, manchmal aber auch akut, im ganzen sehr unregelmäßig auf der Basis einer vasoneurotischen Disposition verläuft. Diese Auffassung einer bedingt infektiösen Aetiologie ist bisher nirgends ausgesprochen worden.

So wenig über die Aetiologie im allgemeinen bekannt ist, so

wenig läßt sich auch etwas darüber sagen, warum in dem einen Krankheitsfalle Bläschen oder Haemorrhagien oder Nekrosen und dergl. auftreten und im anderen Falle nicht. Es steht dahin, ob diese verschiedenen Formelemente mittelbarer Ausdruck der jeweiligen Schwere der Affektion sind, oder ob sie mehr oder weniger individuellen, d. h. konstitutionellen Gegebenheiten entsprechen. Diese letzte Auffassung dürfte vielleicht deshalb die zutreffendste sein, weil uns ein ähnlicher Formenreichtum auch bei vielen anderen Hautaffektionen, z. B. Pit. rosea, Psoriasis, Lichen ruber usf. bekannt ist, ohne daß hier diese Formen mit der Schwere der Allgemeinaffektion Hand in Hand gingen. Aber bei dieser Auffassung der Dinge dürfte der Formenreichtum ein Beweis sein, daß weniger das noch unbekannte ätiologische Agens als die Konstitution des Kranken für das Auftreten der Krankheit überhaupt maßgeblich sein dürfte. So dürfte auch zu erklären sein, warum bei der relativen Seltenheit der Krankheit an sich so außerordentlich verschiedenartige Krankheitsbilder im einzelnen anzutreffen sind.

Literatur

1. Arndt: Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krkh. Bd. 19 S. 600.
2. Almkvist: Derm. Ztschr. Bd. 46 S. 157.
3. Barber: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 38 S. 480.
4. Bilinsky: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 25 S. 277.
5. Bruhns: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 24 S. 322.
6. Brünauer: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 36 S. 164.
7. Buschke: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 20 S. 643.
8. Dowling: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 34 S. 175.
9. Freund: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 28 S. 15.
10. Gans: Histologie d. Hautkrkh. Bd. I S. 309.
11. Goldschlag: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 22 S 628.
12. Gottron: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 19 S 347.
    — Dermat. Ztschr. Bd. 50 S 39.
13. Gray: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 23 S. 770.
    — Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 30 S. 208.
    — Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 34 S. 175.
14. Habermann: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 18 S. 512.
15. Heyn: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 4 S. 494.
16. Jadassohn: Verhandl. d. Deutsch. Dermat. Ges. 4. Kongreß in Breslau, S. 880.
17. Juliusberg: Handbuch d. Haut- u. Geschl.-Krkh. Bd. VII S. 289.
    — Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. 50 S 359.
18. Kerl: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 1 S. 20.
19. Kreibisch: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 9 S. 84.

20. Kren: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 13 S. 334.
— Archiv f. Dermatol. Bd. 125 S. 174.
21. Krupnikoff: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 14 S. 322.
22. Kumer: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 19 S. 713.
23. Mucha: Arch. f. Dermatol. Bd. 123 S. 586.
24. Oppenheim: Arch. f. Dermatol. Bd. 133 S. 119.
— Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 1 S. 107.
25. Pawlow: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 18 S. 195.
26. Poehlmann: Dermatol. Wochenschr. 1932, S 821.
27. Riecke: Arch. f. Dermatol. Bd. 83 S. 51 u. S. 203.
— Lehrbuch d. Hautkrkh. 8. Aufl. S. 231.
28. Rille: Verhandl. d. 21. Kongr. f. inn. Med.
29. Roxburgh: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 34 S 174.
30. Rusch: Arch. f. Dermatol. Bd. 125, S. 174 u. S. 167. Bd. 133, S. 63, S. 96 u. S. 107. Bd. 137, S. 27 u. S. 32.
— Wiener klin. Wochenschr. 1918 Nr. 31 S 881.
31. Scherber: Archiv f. Derm. Bd. 125 S. 30.
32. Schwarz u. Busmann: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 13 S. 257.
33. Spiethoff: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 18 S. 151.
34. Touton: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 18 S. 512.
35. Wise: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 39 S. 394.
36 Wise u. Sulzberger: Zbl. f. Hautkrkh. Bd. 37 S. 361.
37. v. Zumbusch: Arch. f. Derm. Bd. 75 S. 113.

Lebenslauf

Geboren am 12. Dezember 1899 zu Schopfheim in Baden als Sohn des damaligen Forstpraktikanten, jetzigen Oberforstrats Karl Knierer und seiner Ehefrau Eugenie geb. Wüst. Besuch der Volksschule in Bruchsal und Gerlachsheim, beide in Baden von 1906—1909. Von 1909—1917 Besuch des Gymnasiums Tauberbischofsheim (Baden). Ende Juli 1917 Einberufung zum Heeresdienst, Verwundung durch Lungensteckschuß Frühjahr 1918, Entlassung aus dem Heeresdienst Frühjahr 1919. Danach im Sommer Abiturium am Gymnasium Tauberbischofsheim.

Als Student der Zahnheilkunde im W.S. 1919/20 in Freiburg, als Student der Medizin S.S. 1920 bis S.S. 1922 in Würzburg, daselbst Frühjahr 1921 ärztliche Vorprüfung. W.S. 1922/23 bis W.S. 1924/25 Student der Medizin in Heidelberg. Frühjahr 1925 ärztliche Hauptprüfung in Heidelberg. Praktisches Jahr und Volontärzeit von Spätjahr 1925 bis 1. II. 1927 im städtischen Krankenhaus Karlsruhe (Prof. Dr. Starck und Prof. Dr. v. Gierke). Approbation am 31. August 1926. 1. II. 27 bis 1. II. 28 Assistenzarzt an der medizinischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Karlsruhe (Prof. Dr. Starck). 1. II. 1928 bis heute Volontärarzt und Assistenzarzt an der Hautabteilung des städtischen Krankenhauses in Karlsruhe (Dr. v. Pezold). Ab 20. VI. 32 mit freundlicher Genehmigung des Herrn Geheimrat v. Zumbusch an der Universitäts-Hautklinik München als Gast.